

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes de
la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control
de la Tuberculosis, del Centro de Salud "Huáscar",
Santa Anita, 2009**

TESIS

para optar por el grado académico de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Oscar Vidal Quispe Tinoco

ASESORA

Tula Espinoza Moreno

Lima-Perú

2009

**CAMBIOS PERCIBIDOS EN SUS ESTILOS DE VIDA EN
PACIENTES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA
NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LA TUBERCULOSIS, DEL CENTRO
DE SALUD HUASCAR”,
SANTA ANITA, 2009.**

INDICE DE CONTENIDO

Resumen (Summary)

Presentación	Pg. i
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.	Pg. 7
A. planteamiento del problema	pg. 7
B. Formulación del problema	pg. 10
C. Justificación	Pg. 10
D. Objetivos	pg. 10
E. Propósito	pg. 11
F. Marco teórico	pg. 12
E.1. Antecedentes:	pg. 12
E.2. Base teórica	pg. 18
E.2.1. La tuberculosis y los determinantes de la salud.	Pg. 18
E.2.1.1. los determinantes de la salud.	Pg. 18
a. Definición.	Pg. 18
b. Clasificación.	Pg. 19
E.2.1.2. La tuberculosis.	Pg. 20
a. Definición.	Pg. 20
b. Tratamiento.	Pg. 21
c. Rol de la enfermera en la ESN-PCT.	Pg. 21
E.2.2. Los estilos de vida y su relación con la tuberculosis	pg. 21
E.2.2.1. Estilos de vida en la alimentación.	Pg. 22
E.2.2.2. Estilos de vida en la actividad sexual.	Pg. 23
E.2.2.3. Estilos de vida en la actividad física.	Pg. 24
E.2.2.4. Estilos de vida y el consumo de sustancias adictivas.	Pg. 25
G. Definición operacional de términos.	Pg. 28
H. Operacionalización de variables.	Pg. 28
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO.	Pg. 29
A. Tipo, nivel y método de estudio.	Pg. 29
B. Sede se estudio.	Pg. 29
C. Población.	Pg. 30
D. Instrumentos de recolección de datos.	Pg. 31

E. Recojo, procesamiento y presentación de datos.	Pg. 32
F. Análisis e interpretación de datos.	Pg. 32
G. Consideraciones éticas.	Pg. 33
 CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	 Pg. 34
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	Pg. 50
A. Conclusiones.	Pg. 50
B. Limitaciones.	Pg. 51
C. Recomendaciones.	Pg. 51
Referencias bibliográficas.	Pg. 53
Bibliografía.	Pg. 55
Anexos.	Pg. 57

PRESENTACIÓN

Los estilos de vida son patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas en su vida diaria, los cuales se comportarán como factores determinantes de la salud de la persona.

Los estilos de vida como patrones de comportamiento individual y grupal, no permanecen constantes, estas pueden modificarse con el transcurrir del tiempo de acuerdo al contexto y la situación en que se encuentre la persona individuo, es así como el desarrollo de una enfermedad, los cambios en la economía de la familia, el desplazamiento hacia otros lugares (migración e inmigración), entre otros determinarían cambios en los estilos de vida.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa padecida por la población, indistintamente de la edad, sexo, raza, pero con mayor incidencia en las poblaciones deprimidas socioeconómicamente y no es causada únicamente por el *Mycobacterium tuberculosis*, sino por múltiples factores que unidos favorecen al desarrollo de la enfermedad, convirtiéndose por tanto en un problema de salud pública; ya que aquellas personas que adoptan estilos de vida nocivos o poco saludables se encuentran con mayor riesgo de contraerlas.

Por lo mencionado, al entrevistar a los pacientes con tuberculosis mencionaron que como parte de su cotidianeidad antes de enfermar desarrollaban estilos de vida no saludables evidenciados por la alimentación fuera de hora, consumo de alimentos no nutritivos, vida sexual desordenada, poca actividad física, algunos episodios de consumo de alcohol, drogas, tabaco entre otros; situaciones que abrían desencadenado el desarrollo de la enfermedad.

En el abordaje de estos pacientes los enfermeros en su rol educativo enfatiza la adopción de estilos de vida saludables a fin que la remisión de la enfermedad sea exitosa, en el menor tiempo posible, a la par que administra el tratamiento farmacológico específico.

Lo cual sugiere ser investigado en su resultado; por tal motivo se desarrolló la siguiente investigación organizada con fines de presentación en los siguientes capítulos. En el capítulo I, se presenta el problema, en el cual se enfoca el planteamiento y delimitación del problema, la justificación, el propósito, y los objetivos del presente trabajo; se denota lo referente al marco teórico enmarcándose los antecedentes y la base teórica como tal; en el capítulo II, llamado material y método, describiendo el tipo, nivel, enfoque de investigación, la población y muestra, la sede de estudio, técnicas de instrumento utilizadas para la recolección de datos, procesamiento y análisis de datos; en el capítulo III denominado resultados y discusión, se detalla la presentación de los datos generales y específicos del estudio con sus respectivas discusión enmarcados en los objetivos planteados; finalmente se presentan las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos correspondientes.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que ataca a diferentes órganos, pero principalmente lo que más se reporta la tuberculosis pulmonar; la tuberculosis como problema de salud pública afecta a toda la población sin distinción de sexo, edad, raza ni poder adquisitivo, siendo la población económicamente activa la más afectada según fuentes estadísticas en los reportes del Ministerio de Salud de nuestro país; por ello la importancia de identificar los estilos de vida del paciente, para prevenir recaídas y tomar acciones frente a los hábitos no saludables de los mismos.

Siendo el Objetivo de investigación determinar los cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESN-PCT, en el C.S. “Huascar”; el presente estudio es de nivel aplicativo, cuantitativo no experimental, método de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 25 pacientes nuevos que reciben tratamiento en el primer esquema. La técnica utilizada fue la entrevista utilizando un cuestionario.

Los resultados fueron: existen estilos de vida no saludables en la minoría de los pacientes, siendo un 4% de pacientes que consumen tabaco, así mismo 12% de los pacientes consumen alcohol, y ninguno de los pacientes consume drogas durante el tratamiento. En cuanto a los hábitos de alimentación la mayoría mencionan alimentarse tres veces al día, y en un 8% mencionan no consumir alimentos en la cena. En cuanto a los hábitos de actividad física un 80% de pacientes a disminuido el mismo durante la enfermedad. Por lo tanto se concluye que existen cambios en los estilos de vida según la percepción del paciente.

Palabras claves

Estilos de vida, cambio, percepción.

SUMARY

Tuberculosis is an infectious disease that attacks different organs, but primarily what tuberculosis is reported more pulmonary TB as a public problem affects all people regardless of sex, age, race or purchasing power, with the economically active population most affected according to reports from the Ministry of Health in our country, hence the importance of identifying the patient's lifestyle, to prevent relapse and take action to address the unhealthy habits of them.

The objective of the research is: To describe perceived changes in their lifestyles in patients with tuberculosis receiving treatment in the ESN-PCT, the CS "Huascar". This study is application level, quantitative non-experimental method of cross-sectional descriptive. The population consisted of 25 new patients who receive treatment in the first schema. The technique used was the interview using a questionnaire.

The results were: there are unhealthy lifestyles in the minority of patients, with 4% of patients taking snuff, and the same 12% of patients consumed alcohol, and none of the patients currently using drugs. As for eating habits most mention eat three times a day, and 8% mentioned not to eat at dinner. For physical activity habits 80% of patients do not practice during the illness. Therefore we conclude that there are changes in lifestyle as the perception of the patient.

Keywords:

Lifestyles, change, perception.

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Ministerio de Salud del Perú, la tuberculosis constituye un problema de salud pública que viene agravándose por la presencia de la comorbilidad de tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de la inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis multidrogo resistente, pues afecta prioritariamente a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, ⁽¹⁾ lo que también implicaría el cambio en sus estilos de vida.

Asimismo la Doctora Yvone Cortez Jara, jefe de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis del Ministerio de Salud (Minsa), informó que durante el año 2008 la enfermedad afectó a más de 32 mil peruanos, de ellos 1810 con tuberculosis Multidrogorresistente y fallecen 2 personas diariamente a causa de la tuberculosis.

Estas cifras son alarmantes a pesar que se dice que la cantidad de casos y la mortalidad disminuyeron en los últimos años. Asimismo todavía se observa que de 3 a 4 personas se contagian cada día de este mal, por desconocimiento de la forma de transmisión del bacilo e inadecuados estilos de vida; se estima que una persona enferma puede contagiar el bacilo al 50% de sus contactos, de los cuales, el 10% de ellos desarrollará la enfermedad en cualquier momento de su vida; la gran mayoría, sobre todo en los dos años siguientes al contagio.

Según la coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis del Ministerio de Salud En la actualidad, Lima y Callao son las regiones donde se concentra el 58% de los casos de TB incipiente,

el 82% de TB MDR y el 93% de TB XDR. Siendo en Lima, el distrito de La Victoria el que alberga la mayor cantidad de personas con tuberculosis a nivel nacional, así el 2007 se registraron 670 casos nuevos de esta enfermedad, con una tasa de incidencia de 374 por 100 mil habitantes, lo cual representa el triple del promedio nacional en comparación con otros distritos.⁽²⁾

El desarrollo de la tuberculosis no sólo está determinada por la presencia del agente patógeno (*Mycobacterium tuberculosis*), sino también por otros determinantes que condicionan al desarrollo de la enfermedad, denominados determinantes de la salud, siendo estos de tipo biológico, social, ambiental y conductual. Siendo este último el atribuido a los estilos de vida, que en el caso de la tuberculosis estaría relacionado a la alimentación, el descanso, el sueño, la higiene, la actividad sexual, actividad física, el consumo de sustancias nocivas, etc.⁽³⁾

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida saludables pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se han centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad; los estilos de vida saludables en pacientes con enfermedad ayudan a su pronta recuperación, ya que permite que las defensas del organismo respondan eficazmente.

Así como los estilos de vida saludables ayudan a prevenir las enfermedades; los estilos de vida no saludables conllevan a la presencia o agravamiento de las enfermedades. Por tanto el desarrollo de la enfermedad podría ser una de las causas que motivan a modificar los estilos de vida en pacientes por las limitaciones fisiológicas que la misma enfermedad los predispone; la conducta en el cambio o modificación de los estilos de vida se podría dar por iniciativa del paciente conscientemente relacionando a estilos de vida nocivos que llevaba

antes de enfermar, o condicional a la enfermedad que los limita fisiológicamente.

El profesional de Enfermería que labora en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, tiene la labor de realizar actividades cotidianas como las visitas domiciliarias, las entrevistas de Enfermería, la formación de GAMES (grupos de ayuda mutua) ya que estas constituyen espacios fundamentales para orientar y educar tanto al paciente como a la familia sobre los estilos de vida saludables que debe de tener el paciente para mejorar su calidad de vida, y por ende recuperar su salud.

Una de las experiencias que motivaron a realizar el presente trabajo de investigación, fue el asistir al Centro de Salud, donde pudo observarse a pacientes que asistían a la ESN-PCT a recibir sus medicinas, y al realizárseles una entrevista sobre sus estilos de vida, referían: “antes de enfermarme yo tenía la mala costumbre de beber mucho, aún me cuesta, es difícil dejar de tomar”, “no me alimentaba bien”, “yo hasta ahora tomo y fumo, no puedo dejarlo, así mi familia me apoya”, también se observó la presencia de pacientes en estado etílico que se le identificó por el olor característico del alcohol; otra de las referencias que encaminaron la investigación fue: “antes hacía bastante actividad física, ahora me agito mas cuando camino, y no puedo hacer ejercicios”, “me da mucho sueño”, “no tengo mucho apetito, pero tengo que comer para curarme”.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, el problema de investigación se formuló de la siguiente manera:

¿Cuáles son los cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del centro de salud “Huascar” Santa Anita, 2009?

C. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó debido a que la tuberculosis es una enfermedad social, que sigue siendo una importante causa de muerte en el país, así como en todo el mundo, siendo los estilos de vida los determinantes con mayor influencia para el desarrollo de la misma. Es de suma importancia la labor del personal de enfermería en la ESN-PCT, quienes se encargan de la parte educativa, identificando los estilos de vida saludables no saludables durante la atención al paciente en el centro de salud, en las visitas domiciliarias, los centros educativos y otros de masiva concurrencia; son estas intervenciones las que permiten reorientar la labor educativa, investigativa y asistencial de acuerdo a la población y realidad encontrada.

D. OBJETIVOS

A partir de la percepción que tienen los pacientes en sus estilos de vida, se plantean los siguientes objetivos:

General:

- Determinar los cambios percibidos en sus estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el esquema I de tratamiento en la ESN-PCT.

Específicos:

- Identificar los cambios percibidos en sus estilos de vida de “alimentación” del paciente con diagnóstico de tuberculosis que reciben el esquema I de tratamiento en la ESN-PCT.
- Identificar los cambios percibidos en sus estilos de vida “en la actividad sexual” en pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el esquema I de tratamiento en la ESN-PCT.
- Identificar los cambios percibidos en sus estilos de vida de “actividad física” en pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el esquema I de tratamiento en la ESN-PCT.
- Identificar los cambios percibidos en sus estilos de vida en el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas) en pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el esquema I de tratamiento en la ESN-PCT.

E. PROPOSITO

Permitirá al enfermero(a) tener una línea basal de datos acerca de los cambios en los estilos de vida de pacientes con TBC; que faciliten al desarrollo integral en la atención del paciente en las acciones educativas, orientados al desarrollo cognitivo de cada vez mejores estilos de vida saludables en estos pacientes, fomentando en consumo responsable del tratamiento para la pronta rehabilitación del paciente, previniendo las recaídas de la enfermedad como consecuencia de los estilos de vida no saludables. Esta investigación será de mucha utilidad para el personal de salud que interactúa con el paciente con tuberculosis, pues refleja la realidad

de dicha población, a cerca de sus estilos de vida, que pueden ser utilizados con fines asistenciales, educativos y de investigación.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES:

En el ámbito nacional:

Un estudio de investigación realizado por Cecilia Hortensia Llerena Arredondo, titulado “CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2004”, cuyo objetivo fue determinar las características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria, es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, la población la conforman 1000 pacientes y la muestra la conformaran 87 pacientes determinado por pruebas estadísticas. Para ello se les realizó una entrevista basado en una encuesta con preguntas cerradas. Llegando a las siguientes conclusiones:

“Sobre la dimensión biológica los pacientes encuestados presentan un cambio contundente en su estilo de vida enmarcado por un deterioro en sus necesidades básicas las cuales deben de enfrentar y superar pues dentro de dicho ámbito los pacientes presentan alteración en su alimentación, cansancio, alteración en sus horas de sueño, dejando así también de lado el tener relaciones sexuales con su pareja; la dimensión psicológica en su conjunto se denota afectada viéndose la autoimagen como el indicador más dañado, seguido por el autoconcepto y su autonomía alterada, enmarcándose así una autoestima medianamente baja en los pacientes, los cuales repercute en su recuperación de manera directa; dentro de la dimensión

social se denota un entorno tanto familiar como extrafamiliar favorable para el paciente, lo cual ayuda a que su ámbito social no decaiga influyendo de manera positiva en su recuperación.” (4)

El estudio de investigación realizado por Maritza Elida, Mendoza Sovero, titulado “ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006”, cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida que tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 alumnos, para lo cual se aplicó la técnica de encuesta y se uso como instrumento de recolección de datos el cuestionario. Llegando a las siguientes conclusiones.

“Los estilos de vida de los estudiantes de enfermería son desfavorables 44 (55%). Lo que conduce a que estén propensos a presentar un deterioro en su salud físico, mental y no desarrollar sus actividades adecuadamente; los estilos de vida de los estudiantes de enfermería en su dimensión biológica son desfavorables 41 (51,25%). Relacionado a una inadecuada alimentación, no descansan lo suficiente y no practican ejercicios; los estilos de vida de los estudiantes de enfermería en su dimensión social son en su mayoría favorables 60 (75%), lo que se refiere que los alumnos participan de actividades recreativas en su tiempo libre y no tienen conductas adictivas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco: de esta manera aumentar la posibilidad de un desarrollo integral, armónico y saludable.” (5)

El estudio de investigación desarrollado por Marlene de la Flor Tito, titulado “Estilos de vida de los profesionales de enfermería en la prevención del cáncer en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú 2007”, que tuvo como objetivo identificar los estilos de vida en la prevención del cáncer de los profesionales de enfermería. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo; y la muestra estuvo conformada por 170 enfermeras del INEM, aplicándose una entrevista encuesta. Dándose la siguiente conclusión:

“Podemos deducir que la mayoría de los profesionales de enfermería llevan un estilo de vida saludable en la prevención del cáncer. Sin embargo existe un porcentaje considerable de enfermeras que tiene un estilo de vida no saludable referente a la cantidad adecuada de frutas y verduras que se debe de consumir, las horas de sueño, el descanso adecuado sin realizar la rutina diaria, la práctica de ejercicio u actividad física y la frecuencia de la realización del PAP y el hábito de fumar. Lo cual representa un riesgo a contraer enfermedades crónicas degenerativas (cáncer) pudiéndose contrarrestar con un estilo de vida saludable”⁽⁶⁾

El estudio realizado por Yvett Soledad Estefanero Carpio, titulado “Estilos de vida de las mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre 2006”, cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto nacional Materno Perinatal. El estudio corresponde al nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 100 mujeres. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Se dieron las siguientes conclusiones:

“los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 52 (52%) presentan estilos de vida no saludable; respecto a los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en la dimensión biológica en el Instituto nacional Materno Perinatal; 50 (50%) presentan estilos de vida no saludable en relación a la falta de ejercicios físicos, consumo de frutas y verduras, control de la presión arterial, control del peso, densitometría ósea, mamografía y 50 (50%) poseen estilos de vida saludable relacionado al consumo de lácteos, huevos, carnes y examen de Papanicolau; en relación a los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en la dimensión psicológica en el Instituto Nacional Materno Perinatal 66 (66%) presentan estilos de vida no saludable relacionado a la lectura, apariencia física y comunicación de sus sentimientos y 44 (44%) estilos de vida saludables en relación a que se sienten apreciadas por los demás; los estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en la dimensión social el Instituto Nacional Materno Perinatal 80 (80%) presentan estilos de vida no saludable respecto a la participación en actividades recreativas y adecuadas relaciones con la pareja y 20 (20%) estilos de vida saludable en relación a adecuadas relaciones personales con los hijos”⁽⁷⁾

El estudio realizado por Jacqueline Maribel Fenco Chero, titulado “Hábitos de vida de los adolescentes del asentamiento humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles”, cuyo objetivo fue determinar los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método

descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 142 adolescentes. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Se dieron las siguientes conclusiones:

“el 88.73% de los adolescentes tienen hábitos alimentarios “no saludables”, así se evidencia que el 31% del total de los adolescentes omiten comidas; el consumo de alimentos saludables (lácteos, frutas, verduras, pescado y agua) en más del 80% de la población estudiada es deficiente; mientras que el consumo de alimentos “no saludables”, en la mayoría de los adolescentes es alto, lo cual los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis; el índice de sedentarismo en los adolescentes es de 52.10%, siendo más elevado el índice de sedentarismo entre las mujeres (67%) que en los varones (33.30%). La actividad sedentaria más frecuente en ellos es el ver televisión. Por lo que el sedentarismo es un factor de riesgo para la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis; el hábito de actividad física adecuada (es decir, mayor a 4 veces a la semana) es bajo en los adolescentes del sexo femenino con un 6.33% que en los varones con un 44.44%, y va disminuyendo conforme aumenta la edad. Las actividades físicas que realizan con más frecuencia son: el vóley, en el grupo femenino y el fútbol, para el grupo masculino; dentro de los hábitos de consumo de tabaco en los adolescentes, el índice es de 20.42% y la frecuencia de fumar cigarros es semanal o mensual, lo cual es un riesgo de que este hábito en el futuro se realice con mayor frecuencia, lo que expone a los

adolescentes a enfermedades tales como el cáncer, y las enfermedades cardiovasculares; los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes es de un 37.32%, dándose este consumo con una frecuencia mensual y semanal, lo que los pone en riesgo a que el consumo de alcohol se vuelva más frecuente, lo que pone en riesgo a los adolescentes a enfermedades como cáncer y enfermedades cardiovasculares; respondiendo a la hipótesis planteada, se concluye que los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui los pone en riesgo a las Enfermedades Crónicas no transmisibles, y se evidencia por los índices de sobrepeso, obesidad y aumento del perímetro de cintura, encontrados en la población el que los predispone en la adquisición de estas enfermedades en el futuro.”⁽⁸⁾

F.2. BASE TEORICA

F.2.1. LA TUBERCULOSIS Y LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

F.2.1.1. Determinantes de la salud.

a. Definición.

Son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974 cuando el ministro de sanidad de Canadá, Lalonde analizó los determinantes de salud, creó un modelo de salud pública. En éste se considera que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables: biología humana, medioambiente, estilos de vida y sistema de asistencia sanitaria. Cesar Lip y Fernando Rocabado en su obra “Determinantes Sociales de la Salud en el Perú” mencionan a los estilos de vida y los servicios de salud de los que habla Lalonde; es por ello que se clasifican de la siguiente manera a los determinantes de la salud: los determinantes ambientales, determinantes biológicos y determinantes sociales.

Los determinantes de la salud son aquellos factores intervinientes en el desarrollo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, ya que según la teoría multifactorial las enfermedades no solo se desarrollan por la presencia única del agente etiológico, quien es la causa necesaria para el desarrollo de la enfermedad pero no suficiente, sino también existen otros causales que se complementan con el agente etiológico, los que fueron detallados.

“Estudiar la situación de salud de una población requiere de la definición de un conjunto de indicadores que servirán como variables

dependientes, éstas se analizan y buscan explicar a partir de otras variables que se les denomina independientes y que, usualmente, se comprenden como pertenecientes a otros diversos campos o dimensiones en que se divide la vida natural y social, respecto a salud. A estas variables independientes, (...) se les denomina determinantes de la salud, (...).”⁽⁹⁾

b. Clasificación.

- **Determinantes ambientales.**

La OMS, define a la salud ambiental como, “La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales.

También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones.”⁽¹⁰⁾

- **Determinantes biológicos.**

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy controladas las enfermedades infecciosas, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma

importante. “Las edades límites de la vida son más vulnerables a padecer la enfermedad, sobre todo los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65-75 años. Esto puede estar parcialmente justificado por el discreto grado de inmunodeficiencia que se puede tener en estas edades.” ⁽¹¹⁾

- **Determinantes sociales.**

La salud es una dimensión de la vida humana valiosa para su accionar, no sólo la ausencia de enfermedad, por ello que la salud de la población de determina también por el entorno social (situación económica, posición social, exclusión social etc.), laboral (condiciones de trabajo, tipo de actividad laboral, etc.) y personal (estilos de vida, composición familiar, dinámica familiar, etc.) influyendo en la salud de las personas, condiciones que permiten a las personas elegir alternativas saludables.

F.2.1.2. La tuberculosis

a. Definición:

Enfermedad infecto – contagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch. La infección se transmite por partículas expulsadas a la atmósfera por personas con tuberculosis pulmonar y se adquiere por inhalación de las mismas.

Es la infección crónica más importante del mundo en cuanto a morbilidad y mortalidad. Anatomopatológicamente se caracteriza por la formación de granulomas.

b. Tratamiento

El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día. En el Perú se aplican Esquemas de Tratamientos Antituberculosos Diferenciados, los cuáles son recomendados por la Organización Mundial de la Salud y cuentan con la aprobación de asesores nacionales e internacionales.

c. Rol de la enfermera en la ESN-PCT

La labor de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de la Prevención y Control de la Tuberculosis, se desempeña en la atención integral al paciente, otorgándole apoyo emocional, satisfaciendo las necesidades de seguridad del paciente, además está encargada de la supervisión de la administración de los medicamentos para la tuberculosis; dentro de la estrategia la enfermera se encarga de realizar las visitas domiciliarias a los pacientes.

F.2.2. LOS ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA TUBERCULOSIS.

En la definición de los estilos de vida, César Lip y Fernando Rocabado hacen referencia a la definición de la OPS.

Según OPS,

“El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta,

determinadas por factores socioculturales y características personales. (...) Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. (...) El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. (...) Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones” (12)

F.2.2.1. Estilos de vida en la alimentación.

La alimentación es sin duda, importante para el mantenimiento y preservación de la salud, pues el organismo necesita nutrientes para mantenerla estable y funcional; una mala alimentación o la carencia de nutrientes en el organismo conlleva un gran riesgo a padecer muchas enfermedades infectocontagiosas y crónica degenerativas, como consecuencia de la disminución de las defensas del organismo ya que la malnutrición tiene un efecto adverso sobre el sistema inmunitario. Durante la rehabilitación del paciente con enfermedad es de suma importancia la alimentación, conformando parte del tratamiento, ya que los alimentos favorecerán a la pronta y eficaz recuperación del paciente, incrementando las defensas del organismo y recuperando los tejidos dañados que estén comprometidos por dicha enfermedad.

“(...) En Alemania, la mortalidad por tuberculosis aumentó rápidamente durante la Primera Guerra Mundial, disminuyó enseguida y volvió a aumentar durante el período de inflación monetaria que se acompañó de severas restricciones alimentarias en los años 1922-1923 [189]. Este segundo pico fue

atribuido a la tuberculosis asociada a la malnutrición. En Holanda, la mortalidad por tuberculosis aumentó al comienzo de la Segunda Guerra Mundial y el aumento se acentuó cuando el embargo alimentario de Alemania provocó una caída brutal de la disponibilidad de calorías [189]. Suiza no participó en la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, tuvo que recurrir al racionamiento alimentario; el aumento de la mortalidad por tuberculosis fue menor que el de Alemania y Holanda, pero de todas maneras fue notorio [189].”⁽¹⁵⁾

F.2.2.2. Estilos de vida en la actividad sexual.

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligada y son interdependientes. Con esta perspectiva, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una fuente importante de bienestar y placer tanto

físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres.

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

F.2.2.3. Estilos de vida en la actividad física.

La actividad física se compone de todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas, va más allá del deporte y sobre todo del deporte competitivo, ha señalado la Organización Mundial de la Salud.

Se entiende por actividad física, a la energía que se consume por el movimiento, que las personas realizan en diferentes esferas de su vida. La promoción de la actividad física considera especialmente, las formas utilitaria y recreativa.

La actividad física utilitaria, comprende a las actividades que se realizan en las diferentes esferas de la vida para cumplir con las obligaciones

diarias e implican movimiento en las tareas del hogar, el centro laboral, la escuela, e incluye el desplazamiento en transporte no motorizado.

La actividad física recreativa, se realiza en el tiempo libre, con fines de distracción y placer (pasear, bailar, jugar, correr, entre otras). De otro lado, la actividad física deportiva, se realiza a través de diferentes disciplinas deportivas y está regida por normas cuyo fin es la competición. Lo opuesto a la actividad física es el sedentarismo, una forma de vida en la cual las personas tienen una nula o reducida práctica de actividad física. ⁽¹⁶⁾

La actividad física durante la enfermedad es de suma importancia como terapia de tratamiento, el cual favorece a fortalecer el sistema inmunológico y a la regeneración celular, la inactividad física o el sedentarismo en pacientes con tuberculosis es otro factor de riesgo que no solo desfavorece a la pronta recuperación del paciente enfermo sino que lo predispone a otras enfermedades, tales como las enfermedades infecciosas y/o degenerativas.

“Cada individuo debe realizar por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad cada día; los cuales representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivalen a caminar 15 Km. semanales. Como la actividad física es acumulable, en un mismo día se puede dividir periodos de 10 minutos. (Organización Mundial de la Salud)” ⁽¹⁷⁾

F.2.2.4. HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS:

a. Hábitos de consumo de tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el tabaco es la causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muertes al año y que tiene

además, repercusiones sociales y económicas muy importantes. De acuerdo con datos de la OMS, se estima que actualmente hay cerca de 1 100 millones de fumadores alrededor de todo el mundo; de ellos 300 millones viven en países desarrollados, y el resto, son ciudadanos de países en desarrollo.

La evidencia científica que indica que el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de las defensas del organismo así como la degeneración de los órganos.

El consumo de tabaco, denominados factores de riesgo, facilita el desarrollo de la enfermedad como consecuencia de la inmunodeficiencia; este hábito incrementa hasta 1000 veces la posibilidad de padecer la tuberculosis con respecto a las personas normales. ⁽¹³⁾

El consumo de tabaco durante la enfermedad justifica por lo tanto la dificultad de la recuperación de la salud y el agravamiento de la enfermedad.

b. Hábitos de consumo de alcohol y drogas.

El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematura, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros del alcohol. Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; asimismo, la toxicidad por etanol y por metanol. ⁽¹⁴⁾

Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad.

El consumo alcohol y las drogas durante el tratamiento de la tuberculosis, son los factores de riesgo más altos de abandono, y que cambian el curso de recuperación y rehabilitación agravando su salud.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.

- **Estilos de vida:** Es la manera general de vivir que adoptan los pacientes con tuberculosis en su cotidianeidad pudiendo ser estos saludables o no saludables; determinadas para la presente investigación, por su régimen alimentario, actividad sexual, actividad física y la presencia o ausencia del consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas).
- **Paciente:** Es la persona diagnosticada de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar que se encuentra registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del centro de salud “Santa Anita”, y se encuentra recibiendo esquema I de tratamiento.
- **Percepción de cambios en el estilo de vida:** Capacidad que tiene el paciente a darse cuenta de las modificaciones que se presentan en la alimentación, actividad sexual, actividad física y consumo de sustancias adictivas, después de haber sido diagnosticado de tuberculosis pulmonar; siendo los cambios positivos o negativos.

H. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables:

- Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESN-PCT. (ANEXO A)

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO.

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO.

El presente proyecto de investigación es de tipo cuantitativa. El método que se usó fue de nivel aplicativo considerando que sus resultados podrán aplicarse en situaciones similares o parecidas, es descriptivo de corte transversal porque estudia el fenómeno en un tiempo determinado es decir haciendo un corte en el tiempo.

B. SEDE DE ESTUDIO.

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud “Huascar” (DISA IV- micro red Santa Anita), considerada como una institución de 1° nivel de atención, ubicado en el distrito de Santa Anita, provincia de Lima. Este establecimiento presta atención a la población en general, especialmente a los que se encuentran dentro de su jurisdicción, brindando servicios de medicina, ginecología, odontología y las estrategias sanitarias nacionales. Según la complejidad de atención y capacidad resolutive del establecimiento los pacientes, son referidos a los hospitales, teniendo como estrategia interinstitucional la coordinación con el hospital Nacional Hipólito Unanue. Dentro de las estrategias sanitarias se encuentran la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, administrada por el profesional de Enfermería, con la ayuda de técnicos en enfermería; quienes brindan una atención integral al paciente, los cuales asisten diaria e interdiaria según el esquema de tratamiento que reciben y son atendidos según el orden de llegada; se administra el tratamiento farmacológico y se coordina con el servicio de psicología para la consejería a los pacientes.

Se realizan actividades extramurales, como, visitas domiciliarias, campañas de promoción y prevención, a fin de prevenir la incidencia de la tuberculosis.

C. POBLACIÓN.

La población sujeta a estudio estuvo constituida por 25 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extra pulmonar que reciben tratamiento en la ESN-PCT, y se encuentran en el primer esquema de tratamiento, de acuerdo a los criterios de inclusión.

En cuanto al número de pacientes que reciben el esquema I, encontramos un promedio de 14 pacientes por fase. Considerando el primer esquema de tratamiento constituido por dos fases, la población estimada será en promedio de 25 pacientes, siendo esta la población de estudio; teniendo en cuenta que la población, en número, no es numerosa, se decide trabajar con el total.

- **Criterios de inclusión:** Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, registrados en la ESN-PCT, que reciben tratamiento en el primer esquema, y no hayan recibido tratamiento anteriormente.
- **Criterios de exclusión:** Pacientes que estén diagnosticados de otra enfermedad además de la tuberculosis; pacientes que tengan distinto código de comunicación, que no sea el español; pacientes menores de trece años.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

La técnica que se usó para abordar el presente trabajo es la entrevista personalizada utilizando un formulario semiestructurado, conformado por preguntas cerradas y abiertas, ordenadas por categorías según las dimensiones de la variable.

El instrumento que se utilizó fue un formulario (ver anexo B) en el cual figuran la presentación, las instrucciones, las preguntas generales y luego las preguntas propiamente dichas o específicas, siendo la información registrada en el instrumento y a través de un dispositivo electrónico de grabación de voz que permitirá contar con datos completos.

Para la validez del instrumento se consultó con 8 jueces expertos, todos ellos especialistas de enfermería, a quienes se les entregó el perfil de proyecto de investigación y los formatos de evaluación, promoviendo los reajustes del instrumento de acuerdo a las sugerencias vertidas.

Posterior a la validez del instrumento se sometió el instrumento a Confiabilidad mediante la Fórmula estadística de “ α de Crombach”, que indicó que el instrumento utilizado es confiable.

E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Previo a la recolección de datos se solicitó la autorización del Jefe del establecimiento de salud, para la aprobación y permiso de ejecución del proyecto de Investigación en el Centro de Salud “Huascar”.

Una vez obtenida la autorización se dio conocimiento y se solicitó la anuencia al médico encargado de los proyectos de investigación en dicho centro de salud y de la Enfermera responsable de la ESN-PCT, para proceder a la recolección de datos.

La entrevista a través del cuestionario se realizó a los pacientes, según los criterios de inclusión y exclusión, esta entrevista tuvo una duración de 15 a 20 minutos aproximadamente.

Una vez obtenidos los datos se elaboró un libro de códigos y la matriz tripartita en Excel, luego se procedió a vaciar los datos en forma mecánica.

Para la presentación de los resultados se elaboró cuadros y gráficos porcentuales.

F. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Los resultados obtenidos se han analizado, realizando observaciones en los resultados relevantes, procediendo a confrontarlos con la literatura y seguida de un análisis e interpretación que conjuga los resultados con la literatura; teniendo en cuenta los objetivos de la investigación que han permitido formular las respectivas conclusiones.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los pacientes que participaron en la investigación fueron informados previamente, respetando los principios bioéticos de la persona como son la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y el respeto, para lo cual se pidió el consentimiento informado al paciente para participar voluntariamente en el proceso de investigación que fue avalada por un documento, manifestando las normas éticas y la confidencialidad de los datos que se obtendrían del paciente, el cual fue firmado por el paciente y el investigador como compromiso, asimismo las respuestas obtenidas en la aplicación de la entrevista fueron de carácter anónimo.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Obtenida la información respectiva, los datos fueron procesados en forma manual en una matriz tripartita, procediéndose a procesarlos y agruparlos para su presentación en cuadros estadísticos para un mejor análisis e interpretación.

A. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población conformada por 25 pacientes encuestados; siendo sus características que: en cuanto a edad, 3 (12 %) se encuentran dentro del rango de 13 a 19 años, 16 (64%) se encuentran entre 20 a 40 años, 4 (16%) pacientes se encuentran entre 41 a 59 años y 2 (8%) pacientes se encuentra entre los mayores de 60 años; también destacamos que de los pacientes encuestados 16 (64%) pacientes pertenecen al sexo masculino y 9 (36%) pacientes pertenecen al sexo femenino. (Ver anexo E).

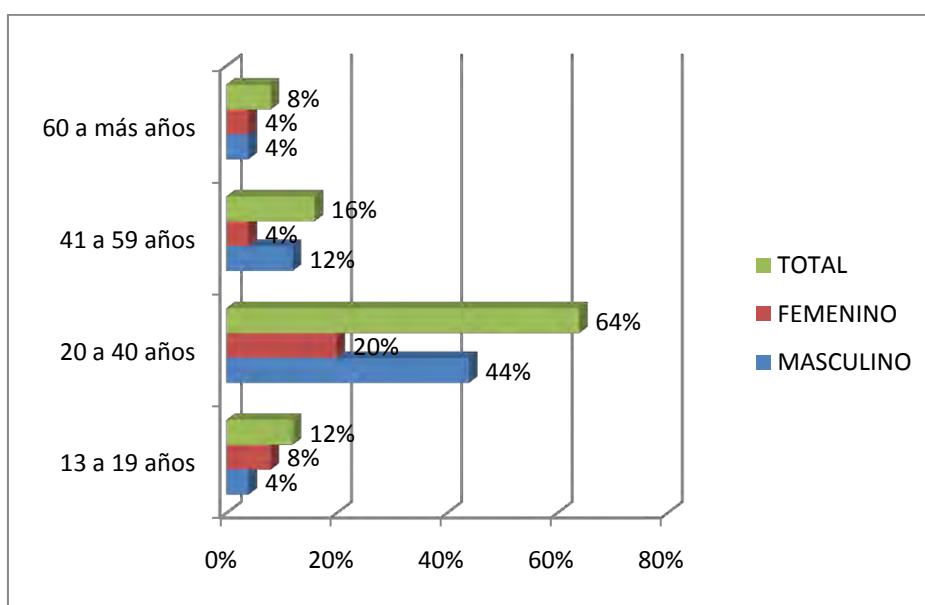
Según los reportes del ministerio de salud de nuestro país los pacientes que desarrollan la tuberculosis fluctúan entre las edades de 15 y 54 años, perteneciendo la mayoría de ellos a la población económicamente activa.

GRÁFICO N° 01

Edad por grupo etario y sexo de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”

Lima – Perú

2009



Fuente: elaboración propia, datos de la entrevista.

De los datos obtenidos podemos evidenciar que los pacientes en su mayoría (64%) son adultos jóvenes, etapa que se caracterizan por la madurez sexual, emocional y social. Forman su propia familia, normalmente tienen percepción correcta de la realidad, lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad en sus acciones propias. También se aprecia que en su mayoría (64 %) son de sexo masculino.

En lo que respecta a grado de instrucción, de los 25 (100 %) pacientes encuestados, podemos mencionar que 10 (40%) pacientes tienen secundaria completa, seguido de 6 (24%) pacientes que tienen estudios secundarios

incompletos, 5 (20%) pacientes poseen educación superior, 3 (12%) pacientes con primaria completa y 1 (4%) paciente con primaria incompleta. (Ver anexo F)

Con respecto al lugar de nacimiento del total de 25 (100 %) pacientes, 19 (76%) nacieron en la región costa, 5 (20%) pacientes nacieron en la región sierra, y 1 (4%) paciente nació en la región selva; de los pacientes que nacieron en las regiones de la sierra y selva, actualmente tienen residencia en lima por varios años, donde la mayoría menciona haber venido a lima desde su niñez. (Ver anexo G)

En cuanto a las actividades a las que se dedican los pacientes, del total de 25 (100%) pacientes encuestados 15 (60%) pacientes se encuentran en casa actualmente realizando actividades cotidianas, 5 (20%) pacientes se encuentran laborando, 4 (16%) pacientes mencionan tener trabajos ligeros y 1 (4%) paciente tiene trabajos eventuales. De la mayoría de los pacientes (60%) que se encuentran en casa manifiestan no laborar por encontrarse enfermo, y que por el momento no pueden laborar mientras se encuentren en la fase tratamiento. (Ver anexo H)

De estos datos podemos afirmar que los pacientes siendo en su mayoría adultos jóvenes y pertenecientes a la población económicamente activa, se altera la condición laboral por el desarrollo de la enfermedad.

B. CAMBIOS PERCIBIDOS EN LOS ESTILOS DE VIDA.

1. Hábitos de alimentación de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

En cuanto a los hábitos de alimentación de un total de 25 (100%) pacientes encuestados, en su totalidad manifestaron consumir alimentos correspondientes al desayuno y el almuerzo antes y durante la enfermedad.

Algunos pacientes manifestaron no consumir alimentos completos (tres veces al día) antes de enfermar, y que para poder contribuir con al

mejoramiento de su salud actual, están consumiendo los alimentos como se le prescriben en el consultorio.

En el gráfico N° 02, sobre la frecuencia de consumo de los alimentos, de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESN-PCT, se puede observar que de un total de 25 (100%) pacientes encuestados, el 76% (19) pacientes que consumían el desayuno diariamente antes de enfermar, actualmente el 100% (25) de pacientes consume el desayuno diariamente; en cuanto al consumo del almuerzo el 92% (23) de pacientes consumía el almuerzo diariamente antes de enfermar, y en la actualidad el 100% (25) consume el almuerzo diariamente; en cuanto al consumo de cena el 60% (15) de pacientes consumía diariamente antes de enfermar, y en la actualidad el 92% (23) consume la cena diariamente.

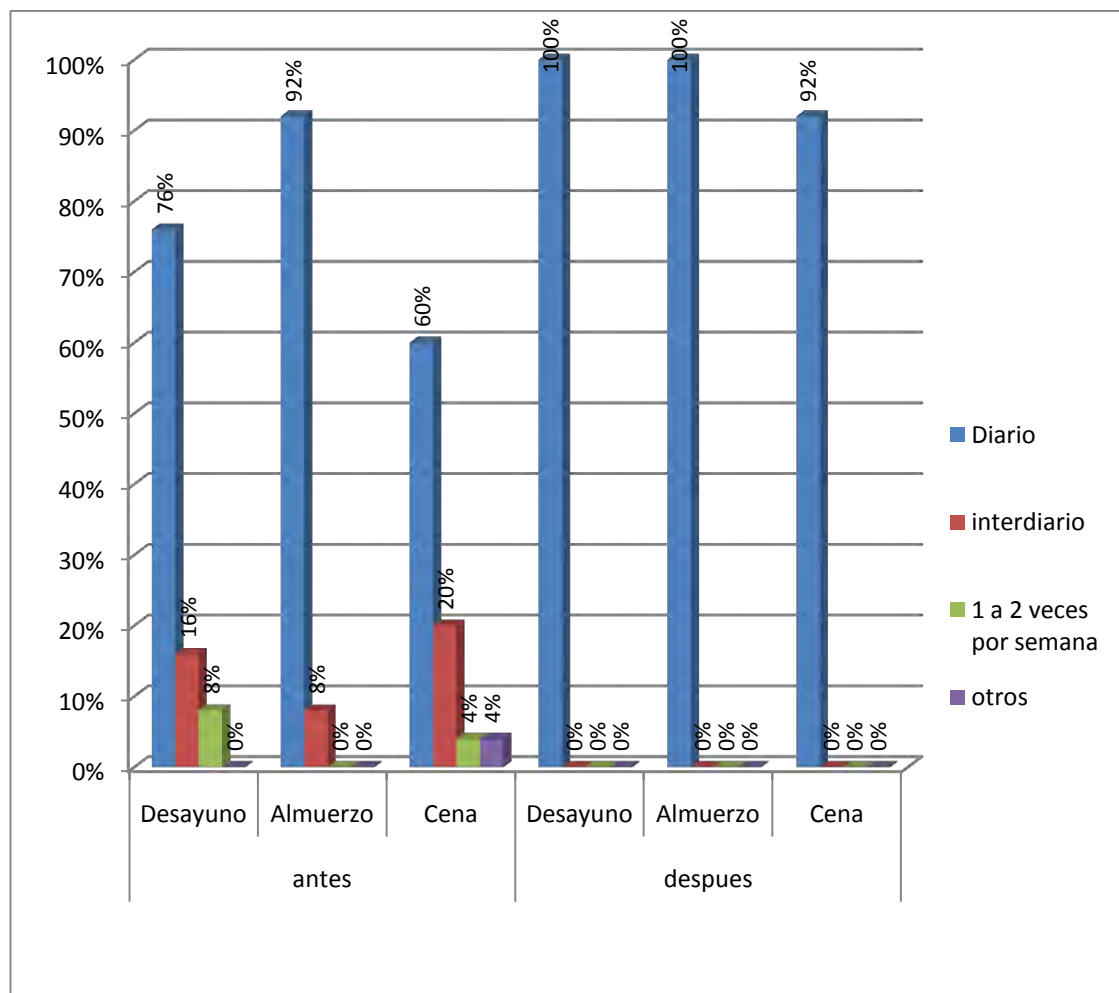
Al formular las preguntas sobre el motivo del consumo de los alimentos con frecuencia interdiaria y de 1 a 2 veces por semana antes de enfermar, respondieron que se reventaban tarde por las mañanas y que les caía pesada la comida, y por motivos laborales.

GRÁFICO N° 02

Frecuencia de Consumo de los Alimentos de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”

Lima – Perú

2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

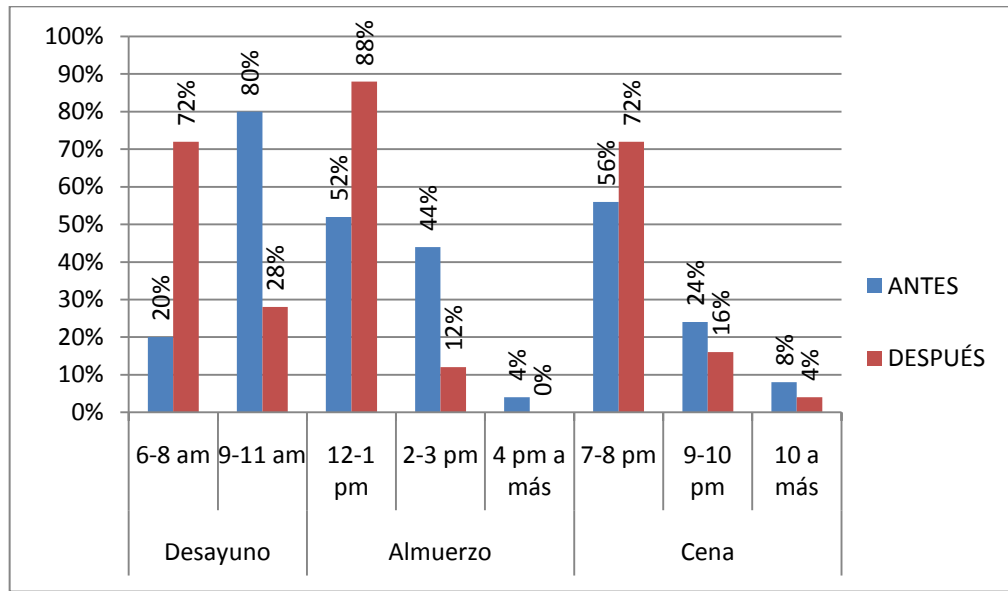
En el gráfico N° 03 sobre la hora de consumo de los alimentos de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESN-PCT, se observa que de un total de 25 (100%) de pacientes encuestados, un promedio de 49,6% de pacientes consumían sus alimentos antes de enfermar dentro de las horas indicadas, y en promedio de 77.3% de pacientes consumen sus alimentos en la actualidad dentro de las horas tempranas.

GRÁFICO N° 03

Hora de Consumo de los Alimentos de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”

Lima – Perú

2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

En cuanto al lugar donde consume sus alimentos, la mayoría de los pacientes manifestó consumir los alimentos en casa, tanto antes de enfermar como durante la enfermedad, pero con la diferencia de consumir alimentos más saludables y nutritivos.

Los hábitos de alimentación son un pilar importante en la determinación de la salud, la alimentación indispensable para el crecimiento y desarrollo en etapas tempranas, es también importante en la edad adulta en adelante, debido a que mantiene al organismo en condiciones saludables, favoreciendo el fortalecimiento de las defensas del organismo, le regeneración de células dañadas y viejas por un proceso de regeneración y multiplicación respectivamente, es así que se convierte en un indicador de salud; también un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades por el consumo de alimentos no nutritivos y a deshoras, lo que debilita el sistema

inmunológico predisponiendo a las enfermedades oportunistas como las infecciones.

De lo dicho y observado anteriormente podemos extrapolar que existe un cambio en los hábitos de alimentación de los pacientes, favorables en gran número de pacientes, pero existen pacientes que aún mantienen malos hábitos de alimentación, lo que nos indica que tienen mayor riesgo de recaídas y de prolongar la enfermedad.

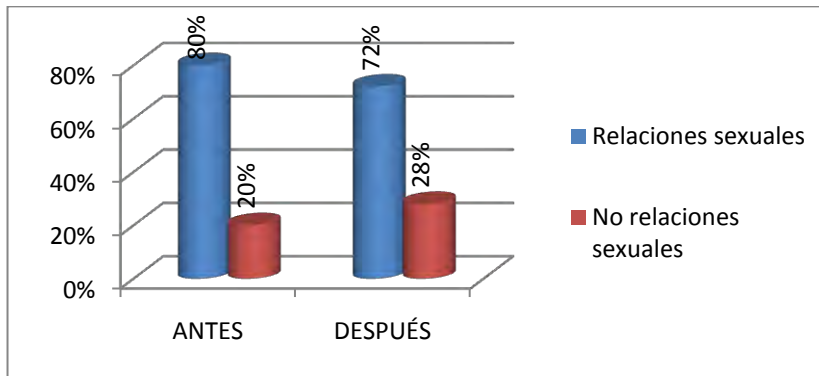
2. Hábitos de actividad sexual de los Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis.

En el gráfico N° 04, sobre las actividades sexuales de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESNPCT, se observa una disminución de las actividades sexuales en un 8% de los pacientes que tenían relaciones antes de enfermarse con la tuberculosis. También se puede observar en el gráfico N° 05 sobre la frecuencia de las actividades sexuales de los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en la ESNPCT, que los pacientes que tenían relaciones sexuales diariamente (20%), en la actualidad ya no lo tienen (0%).

GRÁFICO N° 04

Actividad sexual de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”

**Lima – Perú
2009**

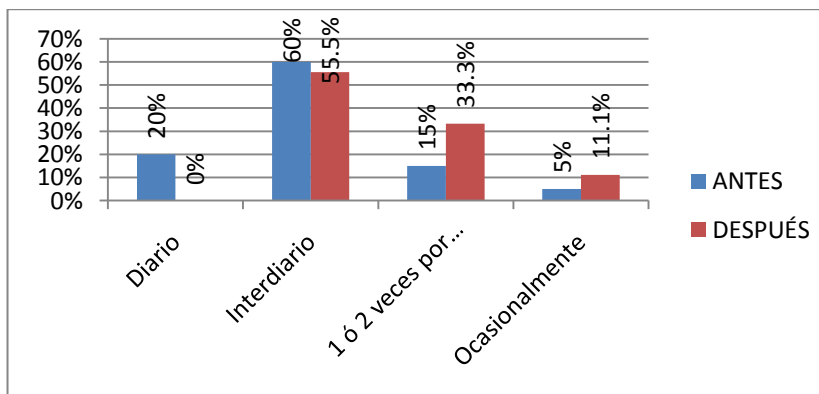


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

GRÁFICO N° 05

Frecuencia de la actividad sexual de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”

**Lima – Perú
2009**

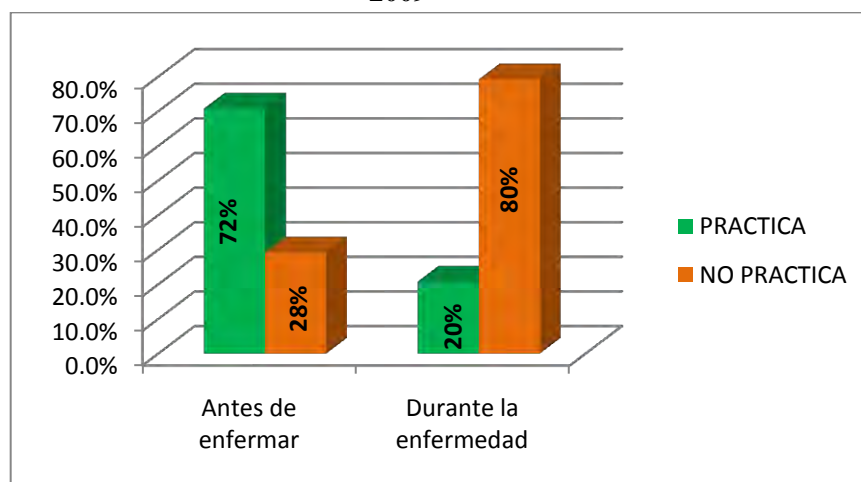


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

3. Hábitos de Actividad física de los Pacientes Nuevos con Diagnóstico de Tuberculosis.

En el gráfico N° 06, sobre hábitos de actividad física antes y durante la enfermedad de los pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento en la ESN-PCT, se observa que de un total de 25 (100%) pacientes encuestados, 18 (72%) pacientes practicaban deportes antes de enfermar de estos solo 5 (20% del total) practican alguna actividad física durante la enfermedad; sin embargo se observa un alto porcentaje de pacientes que no realizan actividades físicas durante la enfermedad.

GRÁFICO N° 06
Hábitos de Actividad Física antes y durante la enfermedad de los pacientes
que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

Al formular las preguntas por el motivo en el cambio del hábito, todos los pacientes mencionaron que se sentían agitados, y que rápidamente se cansaban al realizar actividades físicas como lo hacían antes. Los pacientes

que realizan actividades físicas durante la enfermedad lo hacen de manera regular de una a dos veces por semana con un tiempo de dedicación de 30 a 60 minutos, siendo su esfuerzo mínimo por la condición de salud en la que se encuentran.

El desarrollo de las actividades físicas como un hábito, es beneficiosos para el organismo, ya que este proceso fortalece el sistema inmunológico, los tejidos musculares, y favorecen la eliminación constante de sustancias tóxicas y la regeneración constante de las células intervinientes en la actividad; el proceso de la enfermedad en el organismo demanda energía y nutrientes para la regeneración de los órganos dañados, también los medicamentos prescritos durante el tratamiento, tienen efectos adversos, que conjuntamente imposibilitan al paciente a realizar actividades físicas.

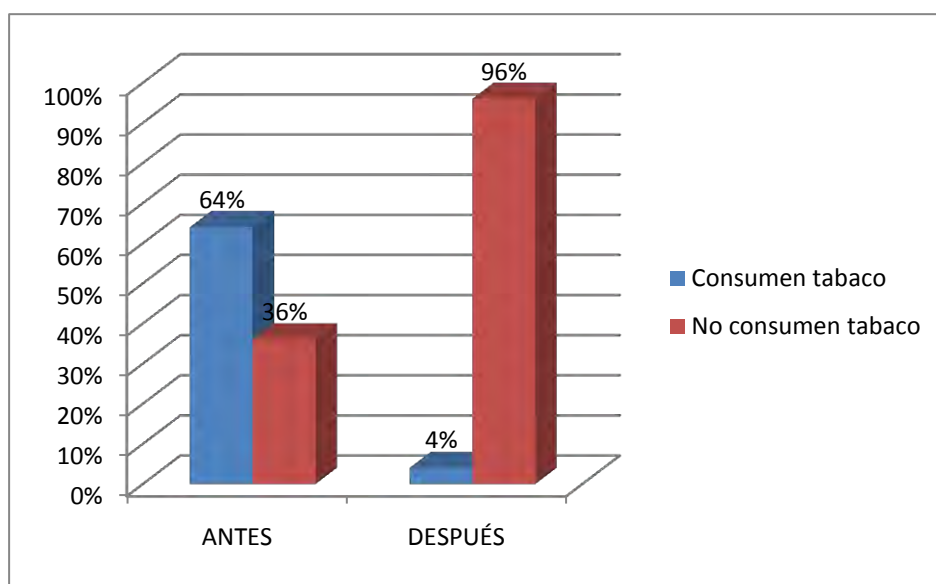
De lo dicho y observado anteriormente deducimos que la enfermedad cambió los hábitos de actividad física en los pacientes que realizaban actividades físicas antes de enfermar, por los efectos del proceso de la enfermedad y de el tratamiento que recibe.

4. Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de Tabaco de los Pacientes Nuevos con Diagnóstico de Tuberculosis.

En cuanto a los cambios percibidos en los hábitos de consumo de tabaco de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT, se observa en el gráfico N° 07 que de un total de 25 (100%) de pacientes encuestados, 16 (64%) pacientes refieren que fumaban antes de adquirir la enfermedad, y 9 (36%) no fumaban. Actualmente durante el tratamiento que reciben en la ESN-PCT; se observa un cambio en el hábito de consumo de tabaco, de los 25 pacientes,

actualmente solo 1 (4%) de pacientes consume tabaco; el resto de pacientes no lo hace, esto puede ser corroborado en el anexo J.

GRÁFICO N° 07
Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de Tabaco de los pacientes que reciben
esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

Durante la entrevista a los pacientes se realizaron preguntas sobre los motivos por la que consumían cigarrillos antes y al inicio de la enfermedad, a lo que respondieron en su totalidad ser por motivos sociales como las reuniones y fiestas familiares y amicales. También se preguntó los motivos por el cual dejaron de consumir el tabaco, a lo que respondieron, “estoy enfermo y recibiendo tratamiento, y ahora soy consciente que no debo fumar para curarme”, siendo esta la mayoría de respuestas que vertían los pacientes.

Los pacientes que consumían tabaco antes de enfermar, ver anexos -K y L-, en su mayoría (62.5%) lo hacían en las fiestas, una cantidad de 3 a 5

cigarrillos por cada vez que fumaban. Del paciente que aún consume cigarrillos, durante el tratamiento, lo hace con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana, con una cantidad de 1 a 2 cigarrillos por vez que fuma.

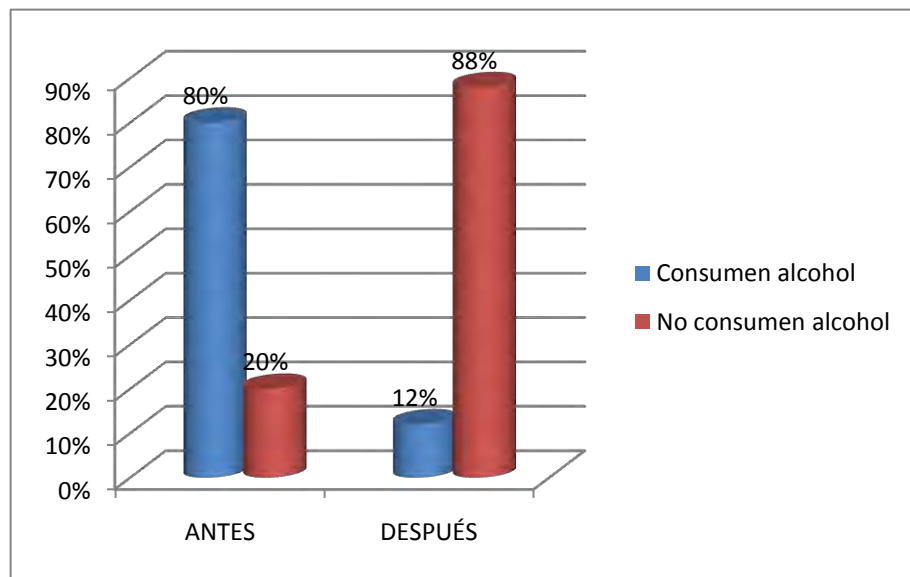
El consumo de tabaco es un factor que predispone a desarrollar diversas enfermedades, principalmente enfermedades que comprenden el aparato respiratorio, por su contacto directo con los componentes tóxicos que contienen los cigarrillos y el tabaco, estos componentes debilitan al organismo disminuyendo las defensas del organismo por un mecanismo de compensación, por la regeneración de las células dañadas durante el consumo de tabaco, favoreciendo a desarrollar enfermedades de tipo infecciosas y degenerativas; para la rehabilitación y recuperación de la salud de un individuo se necesitan tratamientos y la no exposición a factores de riesgo como es el humo de tabaco.

De lo dicho anteriormente podemos extrapolar que la mayoría de los pacientes estuvieron expuestos al factor que favorece el desarrollo de la tuberculosis (el consumo de tabaco), lo que abrían determinado conjuntamente con otros factores el desarrollo de la enfermedad; también deducimos que tanto el desarrollo de la enfermedad concomitante con la educación impartida, la conciencia por tener una enfermedad, el temor a agravarse, el temor a la muerte, entre otros a estudiar; habrían condicionado en el paciente cambios en su estilo de vida como es el consumo de tabaco.

5. Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de alcohol y drogas de los Pacientes Nuevos con Diagnóstico de Tuberculosis.

En el gráfico N° 08 sobre los hábitos de consumo de alcohol de los pacientes se observa que de un total de 25 (100%) pacientes encuestados, 20 (80%) pacientes manifestaron haber consumido alcohol antes de enfermar, observándose un cambio en los hábitos de consumo de alcohol, ya que de los 25 (100%) pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento solo consumían antes de enfermar solo 3 (12%) pacientes continúan consumiendo alcohol.

CUADRO N° 08
Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de Alcohol de los pacientes que reciben
esquema I de tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

Durante la entrevista a los pacientes se formulo preguntas sobre las situaciones por las que consumían el alcohol, a la que respondieron que consumían en ocasiones festivas o reuniones amicales, y que lo hacían por costumbre. También se preguntó a cerca de los motivos por el cual dejaron de consumir el alcohol, a lo que respondieron, que no consumen actualmente por encontrarse mal de salud y estar recibiendo medicación.

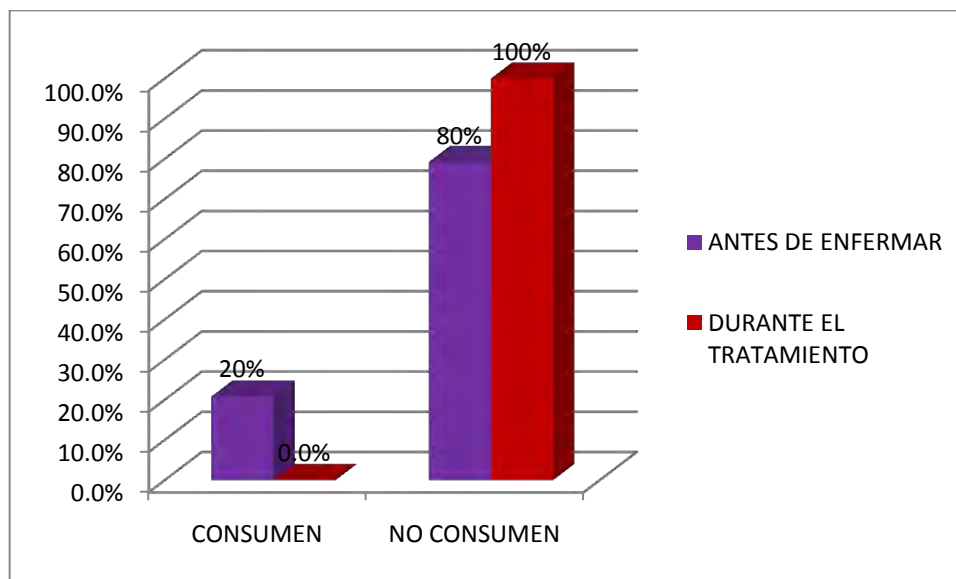
En cuanto al tipo de licor que consumen, se aprecia que el 90% que consumía licor antes de enfermar preferían la cerveza antes que otros licores, un 50% consumían con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana y un 55% consumía más de una botella por cada vez que consumía. (Ver anexos: N, Ñ, O).

En el gráfico N° 09 sobre los hábitos de consumo de drogas de los pacientes nuevos que reciben tratamiento en al ESN-PCT, se observa que de un total de 25 (100%) pacientes encuestados, 20 (80%) pacientes manifestaron no haber consumido drogas antes del tratamiento, mientras que 5(20%) pacientes que consumían drogas entes de enfermar, manifestaron ya no consumir drogas durante el tratamiento.

Al formular las preguntas sobre los motivos del cambio de hábito de consumo de drogas manifestaron, no consumir drogas por encontrarse enfermos y que las drogas les causan daño; algunos pacientes mencionaron que Dios los liberó y que no consumían más las drogas.

GRÁFICO N° 09

Cambios percibidos en los hábitos de consumo de drogas de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar” Lima – Perú 2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

Los hábitos de consumo de alcohol y drogas causa problemas físicos, mentales y sociales; se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros del alcohol, sin duda el alcohol determinan la disminución de las defensas del organismo por las lesiones que causa a nivel del tracto digestivo, los órganos de la excreción urinaria (sistema renal), el hígado y el sistema nervioso principalmente, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad. El consumo de alcohol y drogas durante el tratamiento de la tuberculosis es un factor que predispone al riesgo de abandono, lo que agrava la situación de salud del paciente.

De lo dicho anteriormente podemos extrapolar que los hábitos de consumo de alcohol se encuentran presentes durante la enfermedad tratamiento, lo que significa que hay un alto riesgo de abandono y agravamiento de la condición de salud, también deducimos que hubo cambios en los hábitos de consumo de alcohol y drogas condicionado por el desarrollo de la enfermedad y otras situaciones como la religión.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

Como parte final del presente trabajo de investigación y teniendo como base los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

- En relación al estilo de vida de alimentación, los cambios sustanciales se dieron en cuanto a la frecuencia, horario y calidad de alimentos, los cuales no eran saludables antes de la enfermedad, y que si son saludables en la mayoría de pacientes durante la enfermedad.
- En relación al estilo de vida de la actividad sexual, se aprecia que antes de enfermar, un 80% de pacientes tenía relaciones sexuales, y que durante el tratamiento un 72% disminuyó la práctica de las relaciones sexuales, en cuanto a la frecuencia hubo un cambio mínimo, disminuyendo esta en un 8% de los pacientes.
- En cuanto al estilo de vida de la actividad física en los pacientes, la mayoría percibió que antes de enfermar estos eran saludables y durante el tratamiento ha cambiado a no saludable, debido a que el tratamiento de la enfermedad indica disminuir la actividad física, para la recuperación y rehabilitación del paciente frente a la enfermedad, y que según nuestra literatura no se considera como estilos de vida no saludables; sin embargo cuando estas indicaciones en cuanto a la disminución de las actividades físicas como fines de recuperación de la salud, son asumidas al extremo, se constituyen estilos de vida no saludables; ya que esta actitud puede agravar la salud del paciente.

- Los cambios experimentados por los pacientes en los estilos de vida de consumo de sustancias adictivas como el tabaco, se puede apreciar, que la mayoría de pacientes que lo consumía antes de enfermar, dejaron de consumirlo durante el tratamiento. El otro cambio percibida por el paciente, es la disminución de la cantidad y la frecuencia del consumo de dicha sustancia adictiva.
- En cuanto al hábito de consumo de alcohol y drogas se aprecia que el 80% de los pacientes que manifestaron consumir alcohol antes de enfermar; disminuyeron sustancialmente el mismo en un 68% durante el tratamiento de la enfermedad; en cuanto al consumo de drogas los pacientes que manifestaron consumir antes de enfermar, durante la enfermedad dejaron de consumir en su totalidad.

B. LIMITACIONES:

Dentro de las limitaciones para la realización del presente trabajo podemos citar:

- Los resultados del presente estudio, solo son validas para poblaciones similares en estudio.

C. RECOMENDACIONES:

Culminado el presente trabajo de investigación se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- Realizar este trabajo de investigación en otra institución y población con diferente nivel sociocultural, para así poder comparar las diversas realidades de los pacientes en cuestión.

- Realizar este trabajo con diferentes muestras representativas en el resto del país, a fin de poder generalizar los estilos de vida de los pacientes.
- Desarrollar investigaciones cualitativas sobre el tema de percepción de los pacientes hacia sus estilos de vida.
- Realizar estudios de investigación a los pacientes que reciben tratamiento en otros esquemas más avanzados para ver la diferencia y la evolución del paciente en cuanto a los estilos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFIAS

- (1): Conclusiones y compromisos del seminario taller. “Evaluación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú – año 2006.”, Perú: 2007, pg. 1.
- (2): Ministerio de Salud/ Sala de Prensa Virtual. “La Victoria es el Distrito con mayor número de Casos de Tuberculosis en el País”, Perú: 2009, pg. 1.
- www.minsa.gob.pe/portal/ogc/notas.asp?nota=5663.
- (3): César Lip y Fernando Rocabado. “Determinantes sociales de la salud en Perú”, Perú: 2005, pg. 56.
- (4): Cecilia Llerena Arredondo. “Características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el instituto de enfermedades neoplásicas, 2004”, Perú: 2005, pg. 76-77.
- (5): Maritza Elida, Mendoza Sovero. “Estilos de vida de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006”, Perú: 2006, pg. 29-30.
- (6): Marlene de la Flor Tito. “estilos de vida de los profesionales de Enfermería en la prevención del cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú 2007”, Perú: 2007, pg. 31.
- (7): Yvett Soledad Estefanero Carpio. “Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Materno Perinatal, noviembre 2006”, Perú: 2007, pg. 46-47.
- (8): Jacqueline Maribel Fenco Chero. “Hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles”. Perú: 2007, pg. 88-90.

- (9): Opcit, Lip César y Rocabado Fernando, pg. 25.
- (10): Gonzalo A. Ordoñez “Salud ambiental: conceptos y actividades”. pg. 139
- (11): José A. Caminero Luna. “Guía de la tuberculosis para Médicos Especialistas”, primera edición, París-Francia: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2003, pg. 30.
- (12): César Lip y Fernando Rocabado. “Determinantes sociales de la salud en Perú”, Perú: 2005, pg. 56.
- (13): Opcit, Caminero Luna, José A, pg. 31.
- (14): Opcit, Lip César y Rocabado Fernando, pg. 58.
- (15): Hans L Rieder. “Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis”, ed primera, Francia: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 1999, pg. 84.
- (16): MINISTERIO DE SALUD. “Políticas municipales para la promoción de la actividad física”. Red de Municipios y Comunidades Saludables – Perú. Pg. 10.
- (17): Ibit, pg. 17.

BIBLIOGRAFÍA

CAMINERO LUNA, José A. “Guía de la tuberculosis para Médicos Especialistas”, primera edición, París-Francia: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2003.

CONCLUSIONES Y COMPROMISOS DEL SEMINARIO TALLER. “Evaluación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú – año 2006.”, Perú: 2007

DAVID F. MARKS Y COL. “Psicología de la Salud. Teoría, investigaciones y práctica”. 1º ed. Ed. El Manual Moderno. México 2008.

DONALD A ENARSON Y COL. “Manejo de la Tuberculosis. Guía para los Países con escasos recursos económicos”, quinta edición, París-Francia: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2000.

KURI MORALES, Pablo. “Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México”. México: Red Salud Pública de México, 2006.

LIP, CESAR y ROCABADO, FERNANDO. “Determinantes sociales de la salud en Perú”, Perú: 2005.

LLERENA ARREDONDO, Cecilia . “Características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el instituto de enfermedades neoplásicas, 2004”, Perú: 2005

MINISTERIO DE SALUD. “Políticas municipales para la promoción de la actividad física”. Red de Municipios y Comunidades Saludables – Perú.

ORDOÑEZ, Gonzalo A. “Salud ambiental: conceptos y actividades”.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Lima, Perú, 2005.

Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 7(3), 2000.

RIEDER, HANS L. “Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis” ed primera, Francia: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 1999.

MINISTERIO DE SALUD/ SALA DE PRENSA VIRTUAL. “La Victoria es el Distrito con mayor número de Casos de Tuberculosis en el País”, Perú: 2008, www.minsa.gob.pe/portal/ogc/notas.asp?nota=5663.

<http://site.ebrary.com/lib/unmsmsp/Doc?id=10168426&ppg=4>

<http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>

ANEXOS

ANEXO A

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE	VALOR FINAL
Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis.	Capacidad que tiene el paciente a darse cuenta de la alteración en las características de sus estilos de vida, siendo esta la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.	Hábitos en la alimentación. Hábitos en la actividad sexual. Hábitos en la actividad física. Estilos de vida en el consumo de sustancias	Raciones alimenticias del día, frecuencia de consumo, características de los alimentos, horas de consumo, lugares de consumo. Tipo de pareja sexual, frecuencia de relaciones sexuales, lugares que frecuenta. Tipo de actividad, frecuencia de la práctica, duración de la práctica. Consumo de tabaco: forma de consumo, frecuencia de consumo,	Modificación de los hábitos de vida en los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento, los cuales se evidencian por la presencia o ausencia del consumo de tabaco, alcohol, drogas; así mismo también por el régimen alimentario, la actividad sexual y la actividad física, medidos a través de una entrevista estructurada.	Presencia o ausencia de modificaciones en los estilos de vida.

		adictivas.	cantidad de consumo. Consumo de alcohol: tipo de licor de consumo, frecuencia de consumo, cantidad de consumo, Consumo de drogas: tipo de droga de consumo, frecuencia de consumo.		
--	--	-------------------	---	--	--

ANEXO B

MODIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS.

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días estimado usuario(a), soy interno de enfermería de la UNMSM, y estoy realizando un trabajo de investigación que tiene la finalidad de obtener información, sobre la modificación de estilos de vida, que servirán de gran ayuda para el personal de salud, en especial al profesional de enfermería, para brindar una mejor atención a los pacientes. Para lo cual solicito su autorización para entrevistarle y se sirva contestar con la verdad las preguntas que a continuación se exponen; expresándoles, que los datos son de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación, cuyos resultados serán dados de forma general y no así de forma individual, garantizándole la confidencialidad. Me despido agradeciéndoles anticipadamente su participación.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación le formularé algunas preguntas, tómese el tiempo necesario para contestarlas; las respuestas que dé no son calificadas como buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas.

III. DATOS GENERALES:

1. ¿Cuántos años tiene usted?

.....

2. Sexo:

a. Masculino () b. Femenino ()

3. ¿Qué grado de instrucción tiene?

a. Primaria Inc. () b. Primaria Com. () c. Secundaria Inc. ()
d. Secundaria Com. () e. Superior () f. Analfabeta ()

4. ¿Dónde nació?:

a. costa	b. sierra	c. selva

5. ¿Cuál es su estado civil?

a. casado	b. soltero	c. conviviente	d. viudo	e. divorciado

a. ¿A qué se dedica actualmente?

a. trabajo como empleado	b. trabajos eventuales	c. desempleado	d. en casa	e. otro

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

A. Hábitos de consumo de tabaco.

1. ¿Consumía/consume cigarrillos?

Antes	Ahora
a. Si () b. No () ¿Porque?:	a. Si () b. No () ¿Porque?:

2. ¿Con qué frecuencia consumía/consume cigarrillos?

Antes	Ahora
a. Diario () b. Interdiario () c. 1 a 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....	a. Diario () b. Interdiario () c. 1 a 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....

3. ¿Qué cantidad de cigarrillos fumaba/fuma al día?

Antes	Ahora
a. 1 a 2 cigarrillos () b. 3 a 5 cigarrillos () c. 5 a más cigarrillos () d. Por cajetillas () e. Otros (especifique)..... ...	a. 1 a 2 cigarrillos () b. 3 a 5 cigarrillos () c. 5 a más cigarrillos () d. Por cajetillas () e. Otros (especifique)..... ...

B. Hábitos de consumo de alcohol.**1. ¿Consumía/consume alcohol?**

Antes	Ahora
a. Si () b. No () ¿Porque?:	a. Si () b. No () ¿Porque?:

2. ¿Qué tipo de licor consumía/consume más?

Antes	Ahora
a. Cerveza () b. Ron () c. Cañazo () d. Otros (especifique).....	a. Cerveza () b. Ron () c. Cañazo () d. Otros (especifique).....

3. ¿Con qué frecuencia consumía/consume alcohol?

Antes	Ahora
a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....	a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....

4. ¿Qué cantidad de alcohol consumía/consume?, cada vez que lo hacía/hace.

Antes	Ahora
a. Un cuarto de botella () b. Media botella () c. una botella () d. Más de una botellas () e. Otros (especifique).....	a. Un cuarto de botella () b. Media botella () c. una botella () d. Más de una botellas () e. Otros (especifique).....

C. Hábitos de consumo de drogas.

1. ¿Consumía/consume drogas?

Antes	Ahora
a. Si () b. No () ¿Porque?:	a. Si () b. No () ¿Porque?:

2. ¿Qué tipo de drogas consume, más?

Antes	Ahora
a. PBC () b. Marihuana () c. Terocal () d. Otros (especifique).....	a. PBC () b. Marihuana () c. Terocal () d. Otros (especifique).....

3. ¿Con qué frecuencia lo hacía/hace?

Antes	Ahora
a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....	a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Otro (especifique).....

D. Hábitos de alimentación.

Desayuno.

1. ¿Desayuna, usted?

Antes	Ahora
a. Si () b. No ()	a. Si () b. No ()

2. ¿Con qué frecuencia desayuna, usted?

Antes	Ahora
a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Nunca () e. Otro (especifique).....	a. Diario () b. Interdiario () c. 1 ó 2 veces por semana () d. Nunca () e. Otro (especifique).....

3. ¿Frecuentemente qué alimentos consumía/consume en el desayuno?

	Antes		Ahora	
ALIMENTOS	Si	No	Si	No
Panes untado				
Leche				
Avena				
Huevos				
Cereales				
Frutas				
Otros				

4. ¿Frecuentemente a qué hora consumía/consume su desayuno?

Antes	Ahora
a. De 6 a 8 am ()	a. De 6 a 8 am ()
b. De 9 a 11 am ()	b. De 9 a 11 am ()
c. Otros (especifique).....	c. Otros (especifique).....

5. ¿Frecuentemente dónde consumía/consume su desayuno?

Antes	Ahora
a. En casa ()	a. En casa ()
b. En la calle ()	b. En la calle ()
c. Otros (especifique).....	c. Otros (especifique).....

Almuerzo.

1. ¿Almorzaba/almuerza, usted?

Antes	Ahora
a. Si () b. No ()	a. Si () b. No ()

2. ¿Con que frecuencia almorzaba/almuerza, usted?

Antes	Ahora
a. Diario ()	a. Diario ()
b. Interdiario ()	b. Interdiario ()
c. 1 ó 2 veces por semana ()	c. 1 ó 2 veces por semana ()
d. Nunca ()	d. Nunca ()
e. Otro (especifique)..... ...	e. Otro (especifique).....

3. ¿Frecuentemente qué alimentos consumía/consume en el almuerzo?

	Antes		Ahora	
ALIMENTOS	Si	No	Si	No
Sopas				
Pescado				
Carnes pollo/res				
Verduras				
Cereales				
Frutas				
Otros				

4. ¿A qué horas consumía/consume su almuerzo con frecuencia?

Antes	Ahora
a. De 12 a 1 pm ()	a. De 12 a 1 pm ()
b. De 2 a 3 pm ()	b. De 2 a 3 pm ()
c. De 4 a mas ()	c. De 4 a mas ()
d. Otro (especifique).....	d. Otro (especifique).....
.....	

5. ¿Dónde consumía/consume su almuerzo con frecuencia?

Antes	Ahora
a. En casa ()	a. En casa ()
b. En la calle ()	b. En la calle ()
c. Otros (especifique).....	c. Otros (especifique).....
...	

Cena.

1. ¿Cenaba/Cena, usted?

Antes	Ahora
a. Si () b. No ()	a. Si () b. No ()

2. ¿Con qué frecuencia cenaba/cena, usted?

Antes	Ahora
a. Diario ()	a. Diario ()
b. Interdiario ()	b. Interdiario ()
c. 1 ó 2 veces por semana ()	c. 1 ó 2 veces por semana ()
d. Nunca ()	d. Nunca ()
e. Otro (especifique).....	e. Otro (especifique).....

3. ¿Qué tipo de alimentos consumía/consume en la cena con frecuencia?

	Antes		Ahora	
ALIMENTOS	Si	No	Si	No
Sopas				
Pescado				
Carnes pollo/res				
Verduras				
Cereales				
Frutas				
Otros				

4. ¿A qué horas consumía/consume su cena con frecuencia?

Antes	Ahora
a. De 7 a 8 pm ()	a. De 7 a 8 pm ()
b. De 8 a 9 pm ()	b. De 8 a 9 pm ()
c. De 9 a 10 pm ()	c. De 9 a 10 pm ()
d. Otro (especifique).....	d. Otro (especifique).....
.....	

5. ¿Frecuentemente dónde consumía/consume su cena?

Antes	Ahora
a. En casa ()	a. En casa ()
b. En la calle ()	b. En la calle ()
c. Otros (especifique).....	c. Otros (especifique).....
...	

E. Hábitos en la actividad sexual.

1. ¿Tenía/tiene pareja sexual?

Antes	Ahora
a. Si () b. No ()	a. Si () b. No ()

2. ¿Tenía/Tiene relaciones sexuales con su pareja?

Antes	Ahora
b. Si () b. No ()	b. Si () b. No ()

3. ¿Con qué frecuencia tenía/tiene relaciones sexuales con su pareja?

Antes	Ahora
a. Diario ()	a. Diario ()
b. Interdiario ()	b. Interdiario ()
c. Una vez a la semana ()	c. Una vez a la semana ()
d. Otros (especifique)	d. Otros (especifique)

F. Hábitos de actividad física.

4. ¿Realizaba/realiza actividad física, usted?

Antes	Ahora
c. Si () b. No ()	a. Si () b. No ()

5. ¿Qué actividad física realizaba/realiza con más frecuencia?

Antes	Ahora
a. Fútbol ()	a. Fútbol ()
b. vóley ()	b. vóley ()
c. básquet ()	c. básquet ()
d. caminatas ()	d. caminatas ()
e. Otros (especifique).....	e. Otros (especifique).....

6. ¿Con qué frecuencia practicaba/practica?

Antes	Ahora
a. Diario ()	a. Diario ()
b. Interdiario ()	b. Interdiario ()
c. 1 ó 2 veces por semana ()	c. 1 ó 2 veces por semana ()
d. Otro (especifique).....	d. Otro (especifique).....

7. ¿Cuánto tiempo le dedica a la actividad física?

Antes	Ahora
a. Menos de 30 minutos ()	a. Menos de 30 minutos ()
b. Entre 30 y 60 minutos ()	b. Entre 30 y 60 minutos ()
c. más de una hora ()	c. más de una hora ()
d. otro (especifique).....	d. otro (especifique).....

MUCHAS GRACIAS

ANEXO C

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	NÚMERO DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

1: Si la respuesta es afirmativa

0: Si la respuesta es negativa.

Si p es $<$ de 0.05, el grado de concordancia es significativo; por lo tanto podemos observar que los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 son menores de 0.05, por lo tanto el grado de concordancia es significativo, pero se realizaron algunas observaciones al instrumento, por lo que se realizaron las correcciones con la asesora según las sugerencias de los expertos en el tema, quedando así el instrumento corregido.

ANEXO D

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

SEGÚN LA FORMULA α DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió utilizar la fórmula estadística α de Crombach a la prueba piloto.

Confiabilidad del instrumento:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_x^2} \right)$$

- S_i^2 : Varianza del ítem i (pregunta i)
- S_x^2 : Varianza de la prueba x
- K : Numero de ítems

Si α de Crombach > 0.6 hay buena confiabilidad.

$$\alpha = \frac{25}{24} \left(1 - \frac{6.94}{25.24} \right)$$

$$\alpha = 0.7552$$

Por lo tanto se concluye que existe una buena confiabilidad del instrumento.

ANEXO E
CUADRO N° 01

**Edad por Grupo Etario y sexo de los pacientes que reciben esquema I de
tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

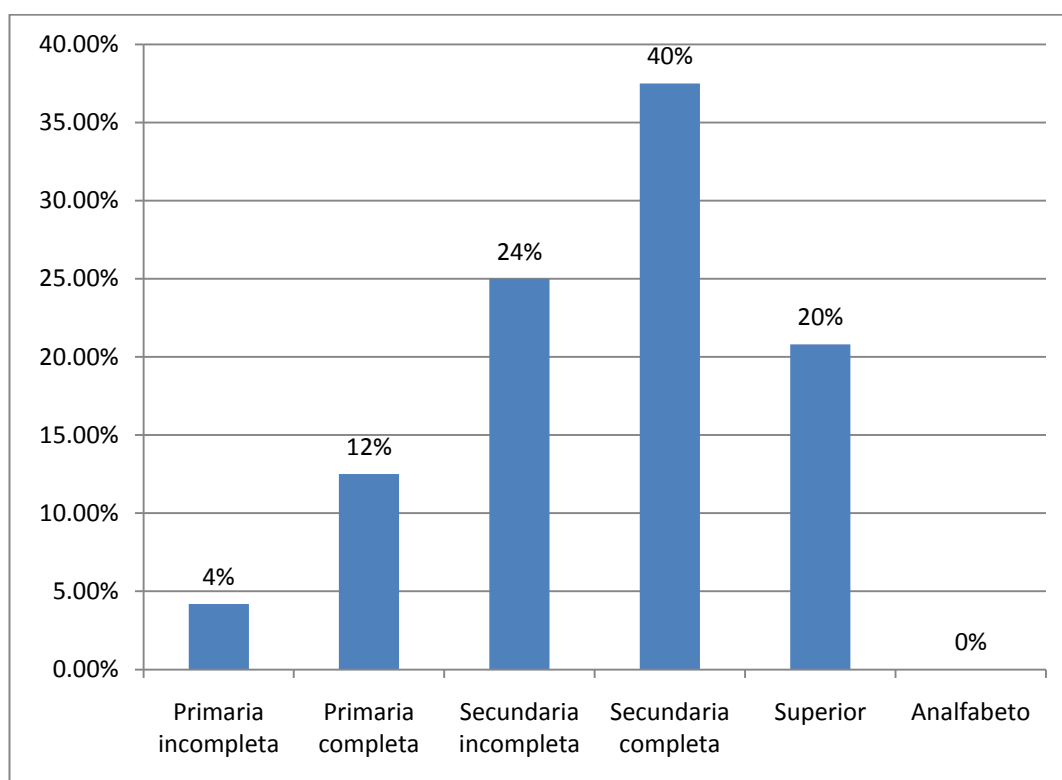
EDAD/SEXO	PACIENTES					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
13 a 19 años	1	4	2	8	3	12
20 a 40 años	11	44	5	20	16	64
41 a 59 años	3	12	1	4	4	16
60 a más años	1	4	1	4	2	8
TOTAL	16	64	9	36	25	100

Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO N° F

GRÁFICO N° 01

**Nivel de Instrucción de los Pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la
ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

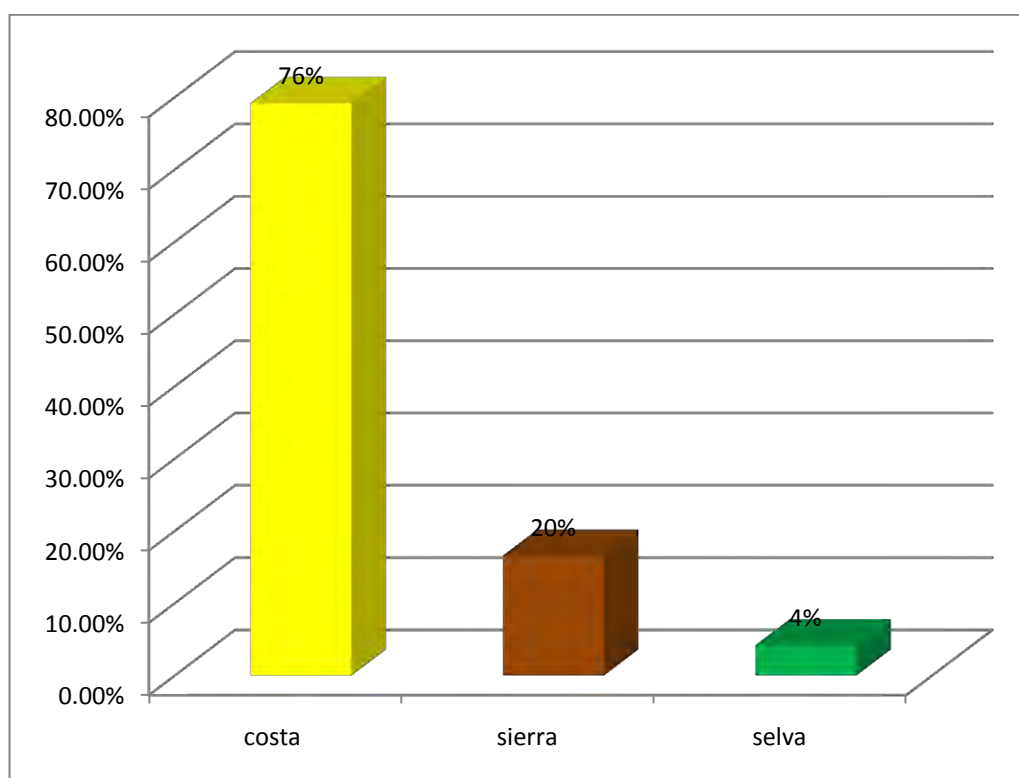


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO G

GRÁFICO N° 02

**Lugar de Nacimiento de los Pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

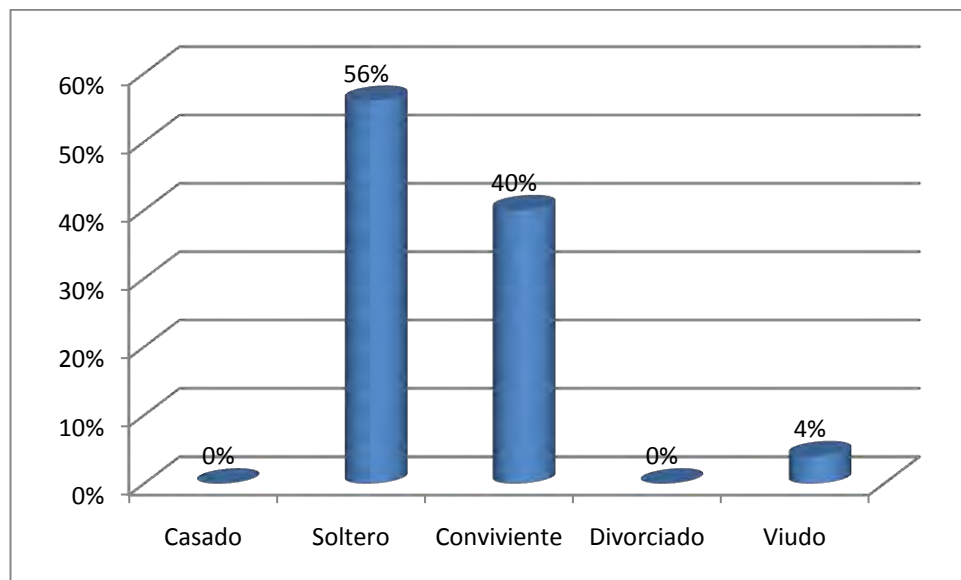


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO N° H

GRÁFICO N° 03

**Estado civil de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la
ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

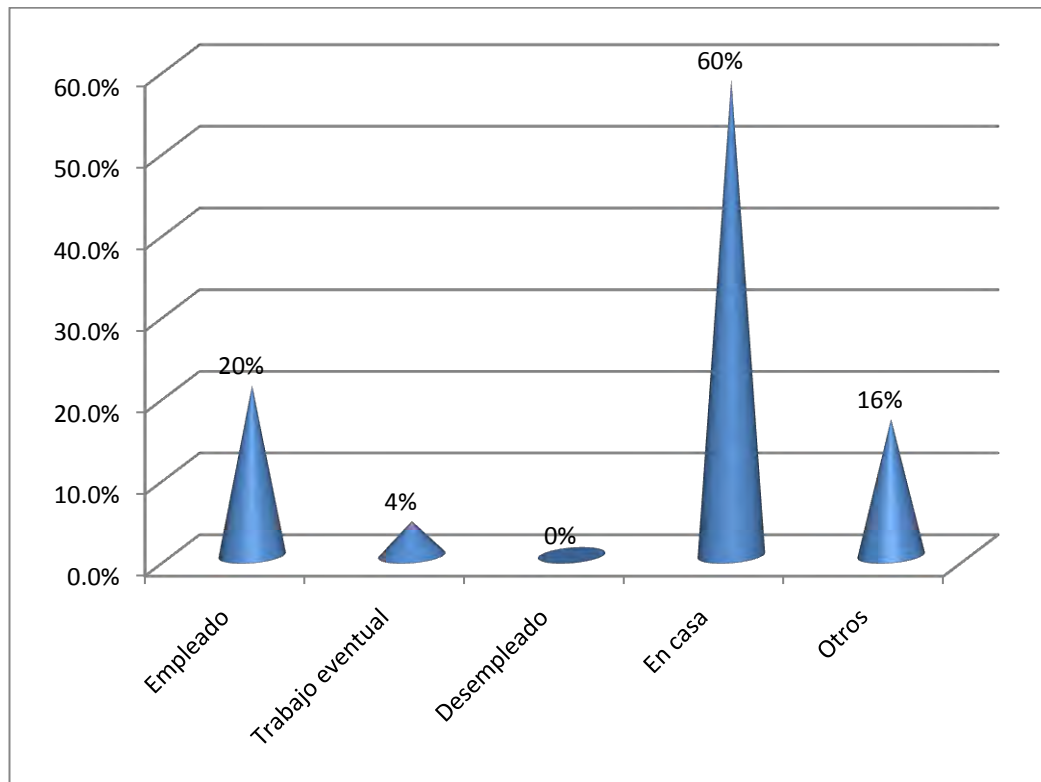


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO I

GRÁFICO N° 04

**Ocupación de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento
en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO J

CUADRO N° 02

**Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de Tabaco de los pacientes que
reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

CONSUMO DE TABACO	TOTAL		CONSUMEN		NO CONSUMEN	
	N°	%	N°	%	N	%
Antes de adquirir la enfermedad	25	100	16	64	9	36
Durante la enfermedad	25	100	1	4	24	96

Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO K

CUADRO N° 03

**Frecuencia de consumo de cigarrillos de los pacientes que reciben esquema I de
tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

FRECUENCIA DE CONSUMO	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Diario	1	6.25	0	0
Interdiario	2	12.5	0	0
1 a 2 veces por semana	3	18.75	1	6.25
Fiestas	10	62.5	0	0

Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO L

CUADRO N° 04

**Cantidad de consumo de cigarrillos de los pacientes que reciben esquema I de
tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

CANTIDAD DE CONSUMO	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
1 a 2 cigarrillos	6	37.5	1	6.25
3 a 5 cigarrillos	8	50	0	0
Más de 5 cigarrillos	2	12.5	0	0
Por cajetillas	0	0	0	0

Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO M

CUADRO N° 05

**Cambios percibidos en los hábitos de Consumo de Alcohol de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

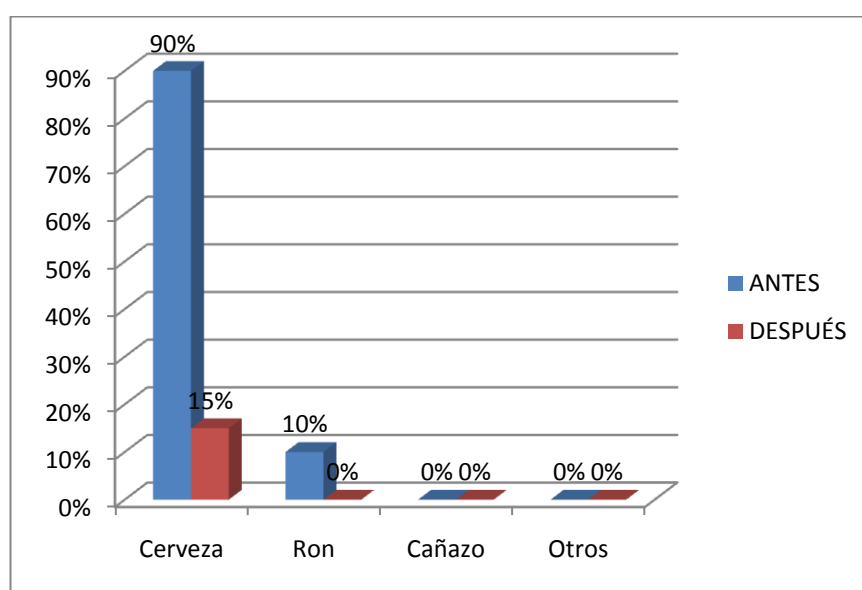
CONSUMO DE ALCOHOL	TOTAL		CONSUMEN		NO CONSUMEN	
	N°	%	N°	%	N	%
Antes de adquirir la enfermedad	25	100	20	80	5	20
Durante la enfermedad	25	100	3	12	22	88

Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO N

GRÁFICO N° 05

**Tipo de licor que consumen con frecuencia los pacientes
que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT
en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

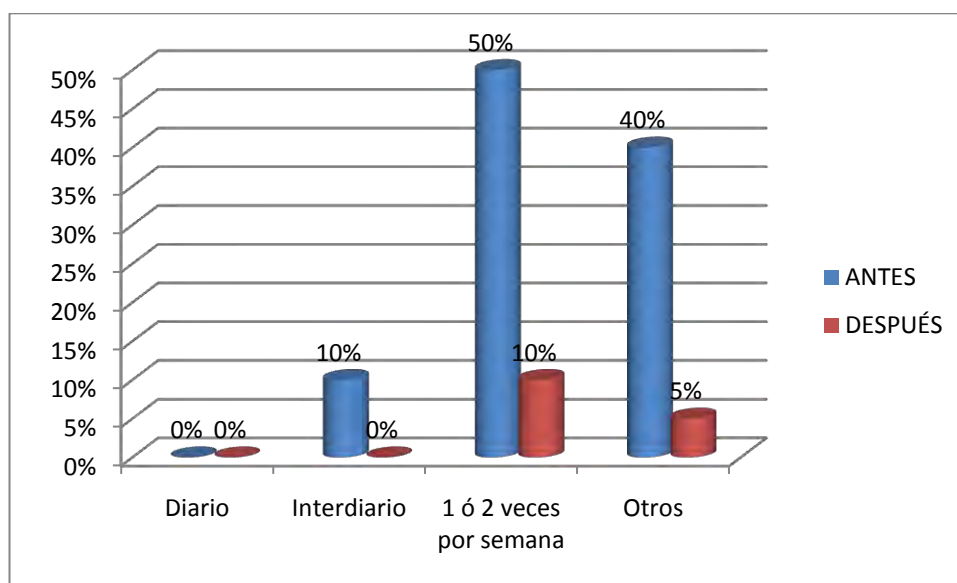


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO Ñ

GRÁFICO N° 06

**Frecuencia de consumo de alcohol de los Pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar”
Lima – Perú
2009**

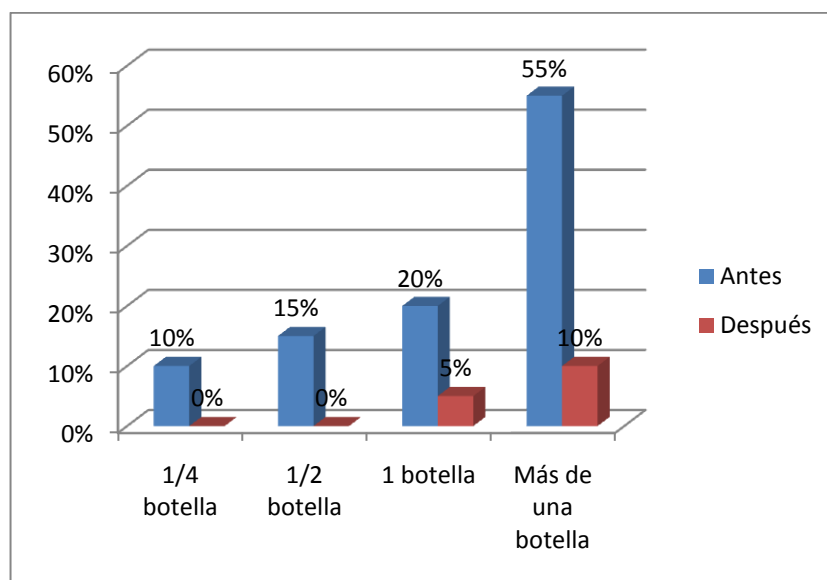


Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.

ANEXO O

GRÁFICO N° 07

Cantidad de consumo de alcohol de los pacientes que reciben esquema I de tratamiento en la ESN-PCT en el C.S “Huascar” Lima – Perú 2009



Fuente: Datos recolectados de la presente investigación.